

Pharmacothérapie de la douleur

Approche centrée sur le patient

Anne Spinewine

Paul M. Tulkens

FARM 2129 – 20-10-2008

Structure

- Introduction: types de douleurs et prise en charge
- Prise en charge des douleurs **aiguës**
 - Approche suivant les paliers de l'OMS
 - Efficacité et toxicité des AINS: Analyse d'ordonnance
- Prise en charge des douleurs **chroniques**
 - Approche suivant les paliers de l'OMS
 - Douleurs rhumatismales
 - Douleurs cancéreuses
 - Douleurs neuropathiques
- Situation particulière: les **céphalées**

1. Introduction: La douleur ...



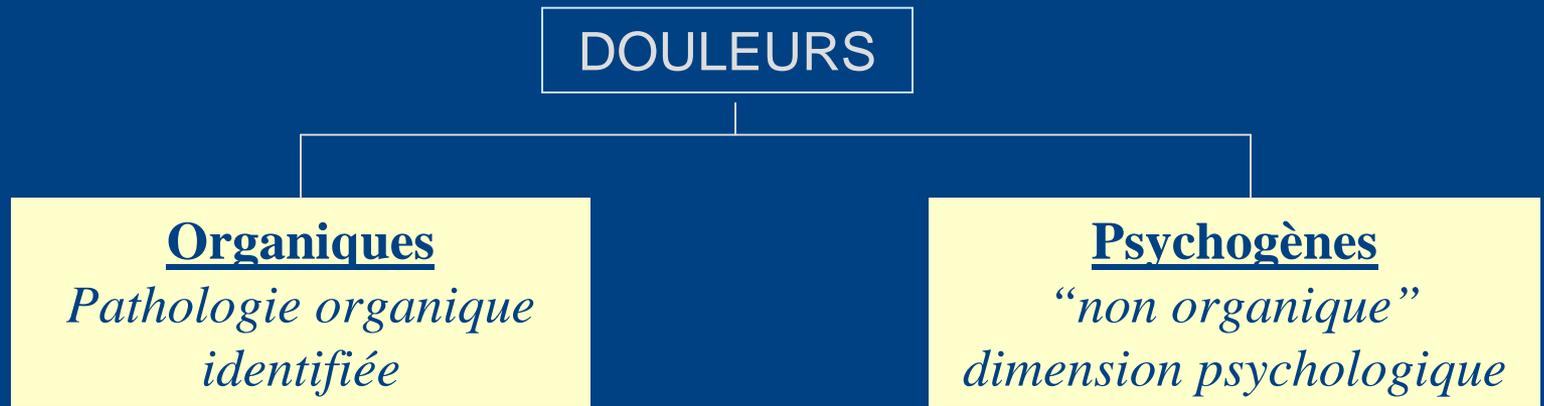
- *“Sensation désagréable et expérience émotionnelle en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion.”*
(Association internationale pour l'étude de la douleur)
- Sensation **subjective**
- Une des raisons les plus fréquentes pour lesquelles les patients **cherchent une aide médicale et pharmaceutique**

Qui peut juger de la douleur ?



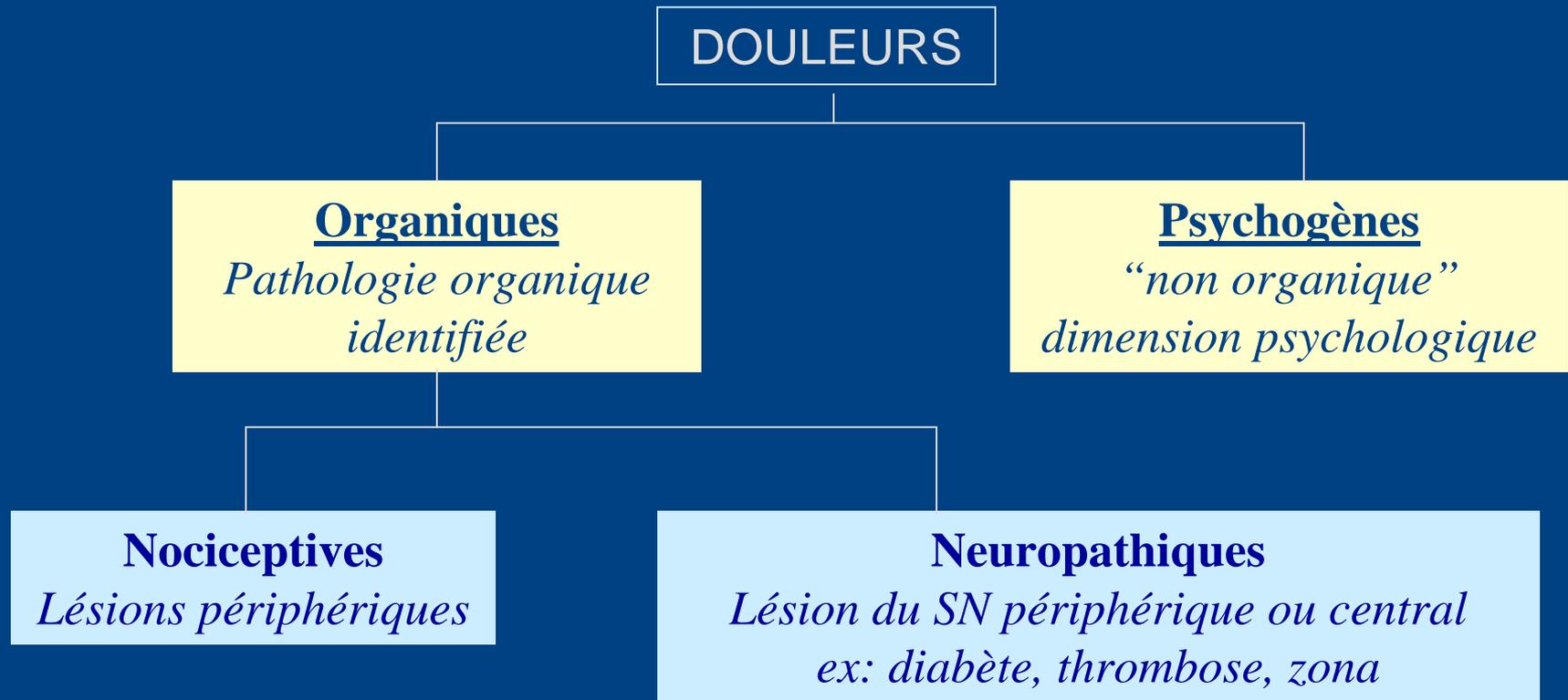
- * Malade = seul expert pouvant apprécier l'intensité de la douleur
- * La réaction à la douleur est TRES variable d'un sujet à l'autre → ne pas comparer

1. Introduction: types de douleurs (origines)



- Prise en charge psychologique nécessaire
- La délivrance d'un placebo n'est pas appropriée!

1. Introduction: types de douleurs (origines)



Nociception

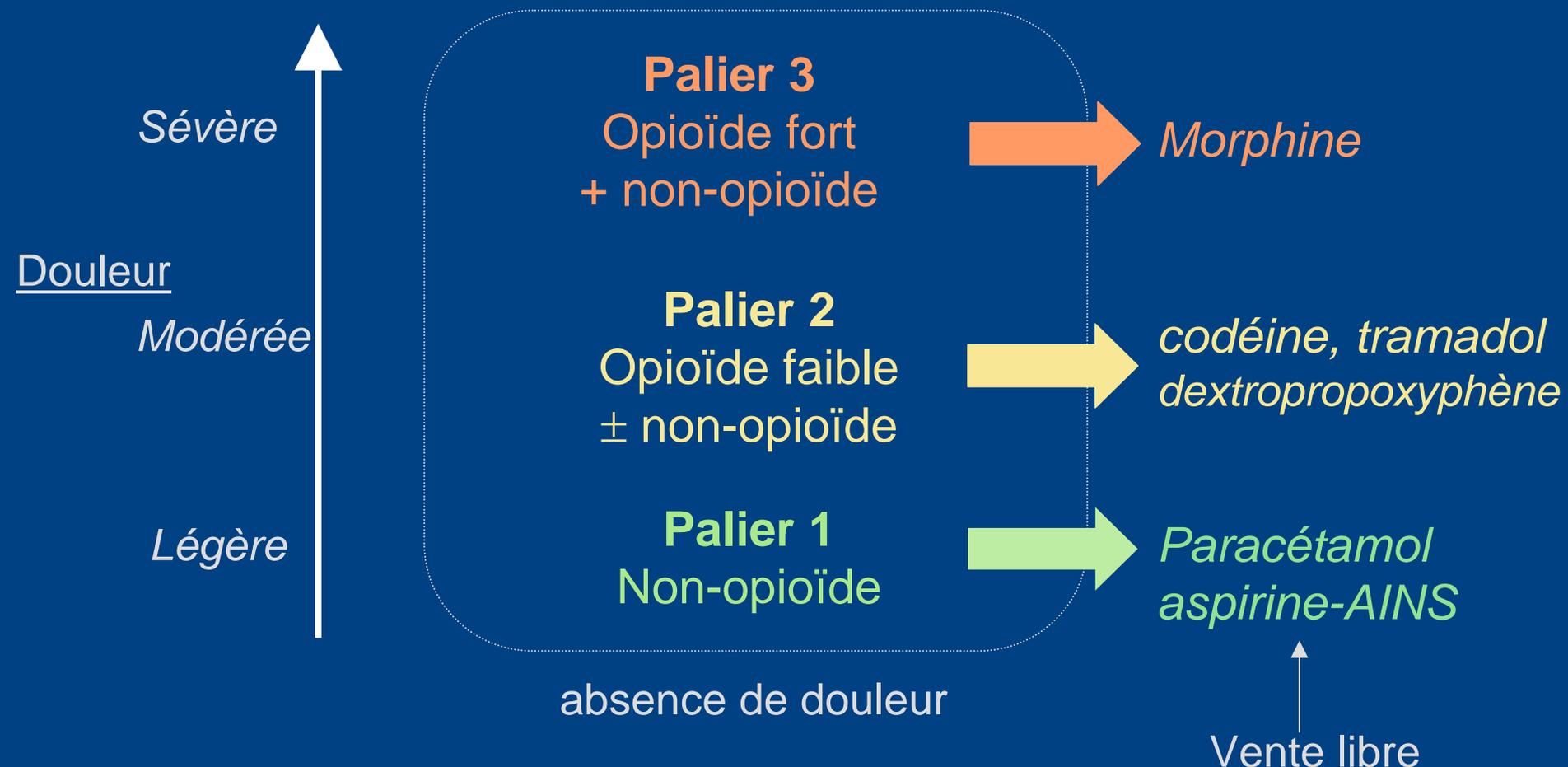
Perception d'un stimulus douloureux par l'intermédiaire des récepteurs et des voies de la douleur du système nerveux.

1. Introduction: types de douleurs

<u>Aiguës</u>	<u>Chroniques</u>
Associées à un traumatisme Cause organique précise	Pathogenèse peu claire Cause organique souvent absente Composante psychologique?
Récupération complète → <i>But du Tx = guérison</i>	Incapacité à restaurer les fonctions physiologiques normales (souvent pas de guérison possible) → <i>But du Tx = revalidation</i>
Résolution endéans 3 mois	Durent plus de 3 mois, ou au-delà du temps normal de guérison
Exemples: Douleurs postopératoires Traumatisme	Exemples: Douleurs rhumatismales, dorsales, cancéreuses

1. Introduction: approche pharmacothérapeutique

Echelle anti-douleur de l'OMS



1. Introduction: approche pharmacothérapeutique

Rappels de pharmacologie:

1.1. Paracétamol:

1.2. Aspirine:

1.3. AINS:

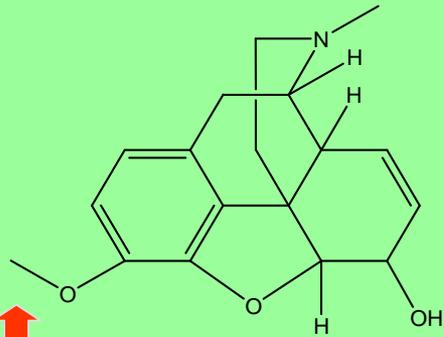
2.1. Codéine:

2.2. Tramadol:

2.3. Dextropropoxyphène:

NB: combinaisons fixes d'analgésiques:

Codéine, tramadol et CYP2D6



Codéine
M-O-CH₃

Inactive
en tant
qu'antidouleur

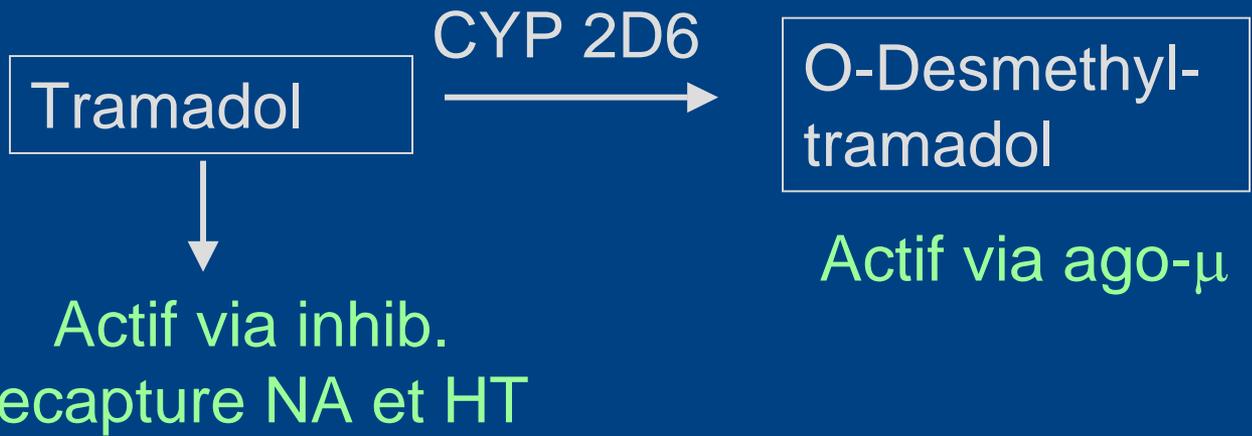
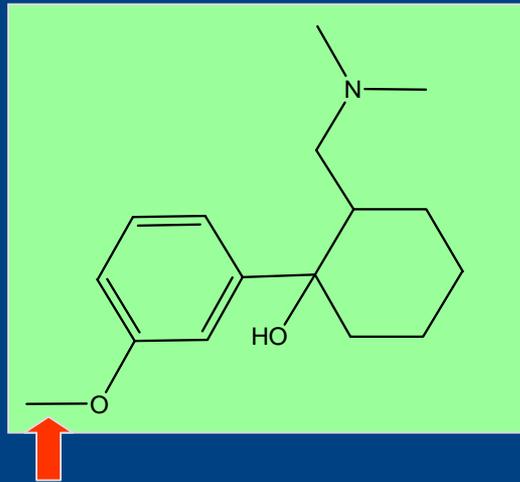
CYP 2D6

Morphine
M-O-H

Active
via ago-μ

- Métaboliseurs **lents** du CYP 2D6
 - 10% de la population caucasienne
- **PAS** d'effet analgésique avec la codéine (mais risque d'effets secondaires)

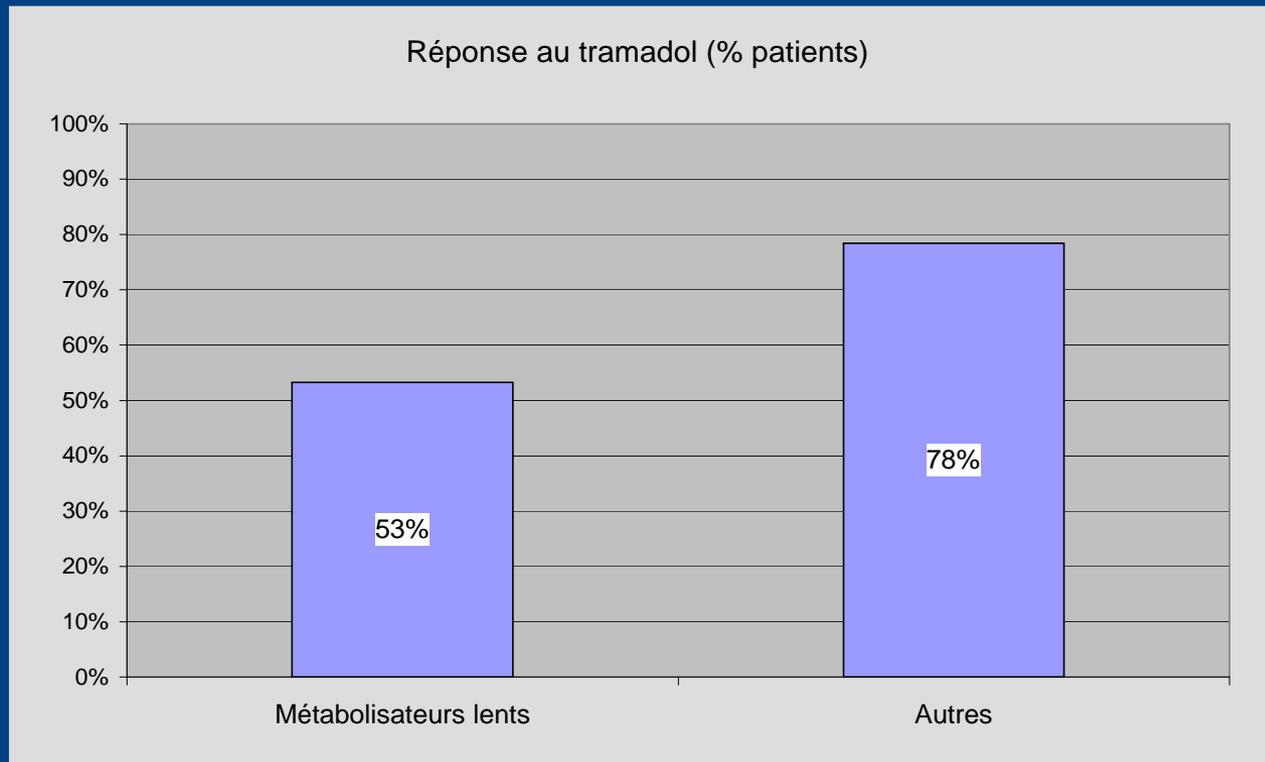
Codéine, tramadol et CYP2D6



- Métaboliseurs lents du CYP 2D6
 - 10% de la population caucasienne
- Effet analgésique **REDUIT**

Codéine, tramadol et CYP2D6

- 300 patients, post-op chirurgie abdominale
- Analgésie contrôlée par l'administration de tramadol (+ 2e antidouleur si insuffisant)



Codéine, tramadol et CYP2D6

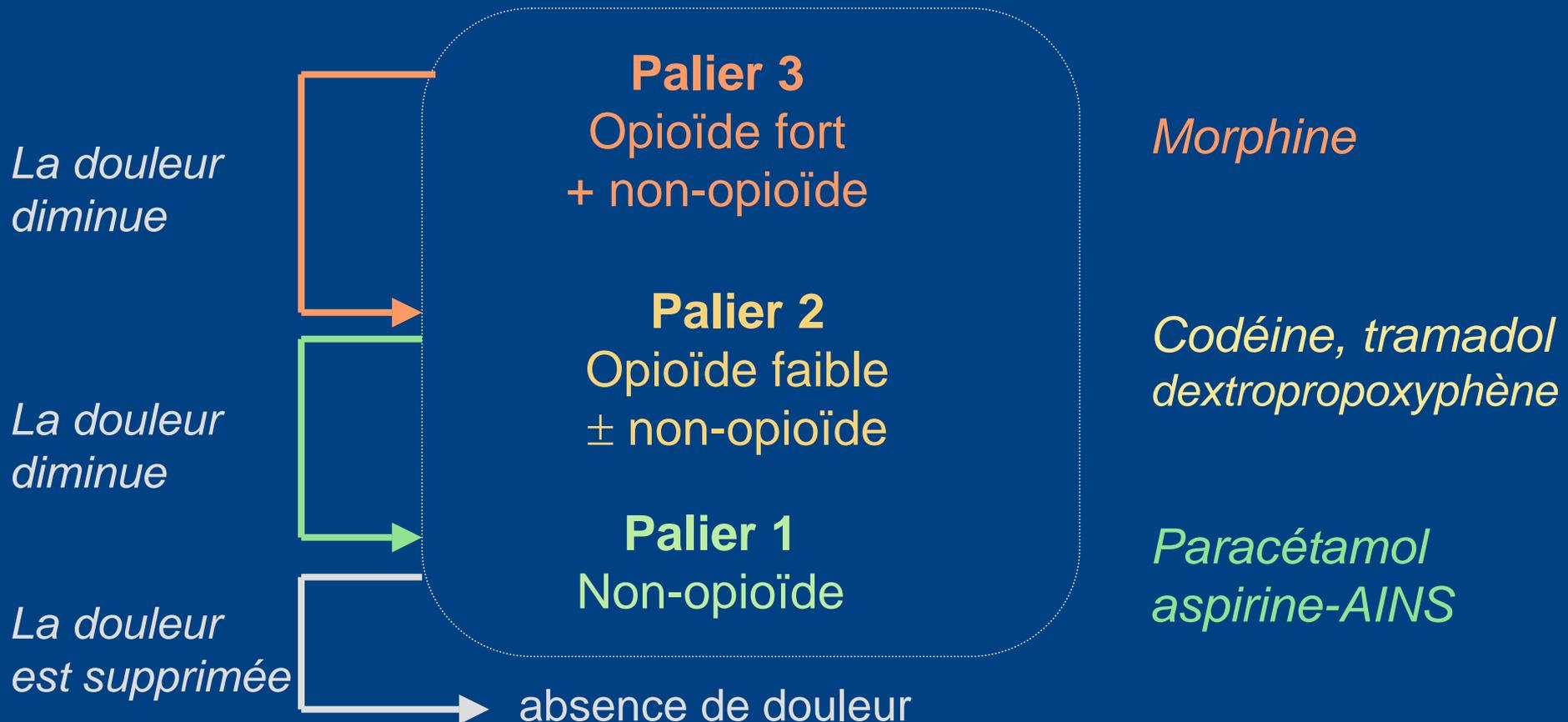
- Si patient avec pas/peu d'effet analgésique à la codéine / au tramadol
- Proposer autre analgésique
(pas d'augmentation des doses)

2. Prise en charge des douleurs aiguës

- Douleurs aiguës les plus fréquemment rencontrées:
 - douleurs postopératoires
 - douleurs post-traumatisme (musculaire p ex)
 - douleurs menstruelles
 - maux de tête
- But du traitement = guérison de la douleur
- Quel type d'approche?
 - Pharmacologique: très important
 - Non pharmacologique: peu important

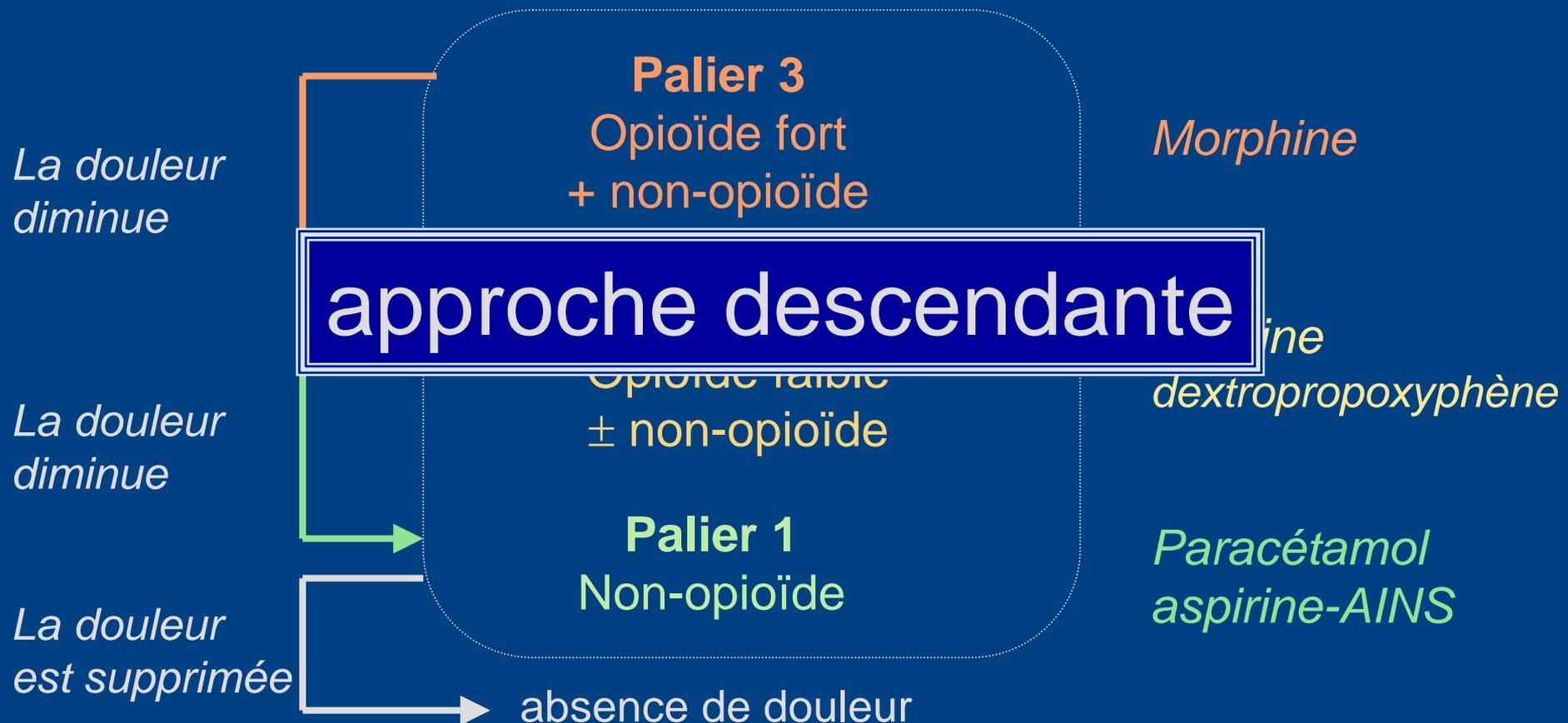
2.1. Douleur aiguë: approche pharmacothérapeutique suivant les paliers de l'OMS

Départ au palier 1-2-3 en fonction de l'intensité de la douleur



2.1. Douleur aiguë: approche pharmacothérapeutique suivant les paliers de l'OMS

Départ au palier 1-2-3 en fonction de l'intensité de la douleur



Palier 1

Palier 1: Paracétamol - Aspirine - AINS _____

Oui mais...LEQUEL?

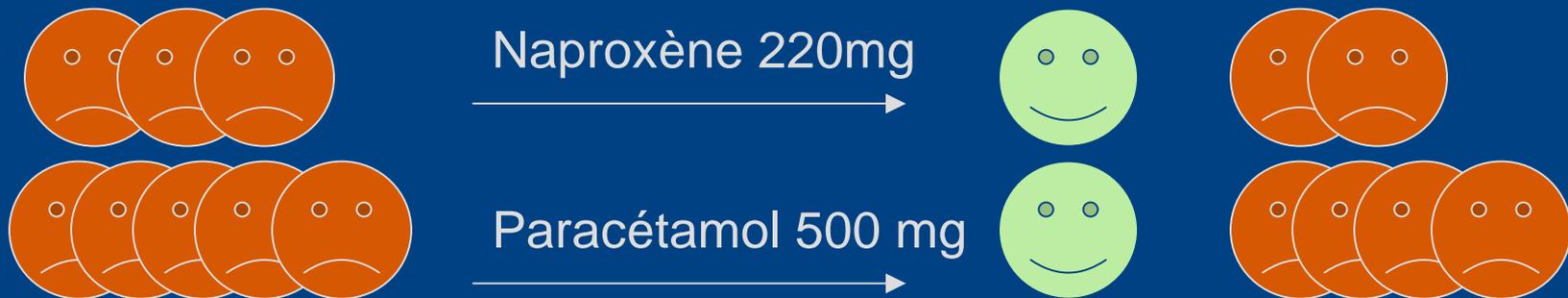
- AINS en 1^{ère} intention
 - effet analgésique > paracétamol (intensité + durée)
 - douleurs aiguës (faible toxicité)
 - pathologies inflammatoires
 - Attention aux différences de pharmacocinétique

AINS plus efficaces que le paracétamol en cas de douleurs aiguës

Notion de NNT (Number Needed to Treat)

= nombre de patients qui doivent recevoir le principe actif pour qu'un patient voie sa douleur réduite d'au moins 50%

Principe actif	NNT	(intervalle de confiance à 95%)
Naproxène 220 mg	3.1	(2.2-5.2)
Ibuprofène 200 mg	3.3	(2.8-4.0)
Paracétamol 500 mg	5.6	(3.9-9.5)



Oxford League Table of Analgesics

The 2007 Oxford league table of analgesic efficacy (at least 3 trials or 200 patients)

Numbers needed to treat are calculated for the proportion of patients with at least 50% pain relief over 4-6 hours compared with placebo in randomised, double-blind, single-dose studies in patients with moderate to severe pain. Drugs were oral, unless specified, and doses are milligrams. Shaded rows are intramuscular administration

Analgesic and dose (mg)	Number of patients in comparison	Percent with at least 50% pain relief	NNT	Lower confidence interval	Higher confidence interval
Etoricoxib 180/240	248	77	1.5	1.3	1.7
Etoricoxib 120	500	70	1.6	1.5	1.8
Diclofenac 100	545	69	1.8	1.6	2.1
Celecoxib 400	298	52	2.1	1.8	2.5
Paracetamol 1000 + Codeine 60	197	57	2.2	1.7	2.9
Rofecoxib 50	675	54	2.3	2.0	2.6
Aspirin 1200	279	61	2.4	1.9	3.2
Ibuprofen 400	5456	55	2.5	2.4	2.7
Oxycodone IR 10 + Paracetamol 650	315	66	2.6	2.0	3.5
Diclofenac 25	502	53	2.6	2.2	3.3
Ketorolac 10	790	50	2.6	2.3	3.1
Naproxen 400/440	197	51	2.7	2.1	4.0
Piroxicam 20	280	63	2.7	2.1	3.8

L'ensemble de la Table est disponible sur i-campus

Palier 1 (suite)

AINS en 1^{ère} intention

- effet analgésique > paracétamol (intensité + durée)
- douleurs aiguës (faible toxicité)
- pathologies inflammatoires (p ex arthrite rhumatoïde)

• Paracétamol en 1^{ère} intention...

- douleurs aiguës: si contre-indication pour les AINS (ou facteurs de risque)
- douleurs chroniques: moindre toxicité

• Aspirine ($\geq 300\text{mg}$): pas en 1^{ère} intention

- pas plus efficace que les AINS
- effets secondaires non négligeables

Association d'anti-douleurs du palier 1 ?

Association paracétamol + AINS

Oui si effet analgésique recherché supérieur à celui des composants individuels

Ne jamais associer 2 AINS

- même mode d'action pharmacologique et toxique principal (lié à l'action pharmacologique)
 - ➡ pas de gain significatif en terme d'efficacité
 - ➡ effets toxiques additifs !!!

2.2. Efficacité et toxicité des AINS: analyse d'ordonnance

Un exemple d'ordonnance...(1)

Mme A.B.
Dr X.Y.

R/ Naproxène 500 mg
S/ 1co 3x/j

R/ Bisoprolol co 5 mg
S/ 1 co le matin et le soir

R/ Maalox® co à croquer
S/ vers 10h, 16h et au
coucher

**Toxicité GI des
AINS?**

[algeldrate 200 mg + magnésium hydroxyde 400 mg]



Effets gastro-intestinaux des AINS

■ Points importants pour le pharmacien:

- Pas toujours de symptômes avant le développement d'une complication majeure (surtout chez personnes âgées)
- **Facteurs de risque:** âge, prise concomitante de stéroïdes ou d'anti-coagulants, antécédent d'ulcère, autre maladie systémique
- **Risque plus élevé :**
 - lors de l'administration de fortes doses
 - endéans les 30 premiers jours de traitement
- La prise d'antacides ne diminue **pas** le risque de toxicité
- Intérêt des IPP chez les patients à risque
- Risque moindre (mais pas nul!) avec les COX-2 sélectifs

2.2. Efficacité et toxicité des AINS: analyse d'ordonnance

Un exemple d'ordonnance...(2)

Mme A.B.
Dr X.Y.

R/ Naproxène 500 mg
S/ 1co 3x/j

R/ Bisoprolol co 5 mg
S/ 1 co le matin et le soir

R/ Maalox® co à croquer
S/ vers 10h, 16h et au
coucher

**Interaction
avec les AINS?**

Rappel: AINS et interactions médicamenteuses

Interaction	Effet	Mécanisme	Importance	
			AINS‡	Napr/ibupr
Diurétiques	↓ effet	? (+ieurs)	+	±
β-bloquants	↓ effet	? (+ieurs)	+	-
IEC	↓ effet	? (↓ PGE ₂)	±	?
Anticoagulants*	↑ effet	?	±	-
Lithium	↑ effet	↓ excrétion	++	+
Méthotrexate†	↑ effet	↓ excrétion	+	±

* Non prédictible et très sérieux → à suivre de près

† Risque d'usage concomitant chez des patients atteints d'arthrite rhumatoïde

‡ Risque le plus élevé avec l'indométhacine

2.2. Efficacité et toxicité des AINS: analyse d'ordonnance

Un exemple d'ordonnance...(3)

Mme A.B.
Dr X.Y.

R/ Naproxène 500 mg
S/ 1co 3x/j

R/ Bisoprolol co 5 mg
S/ 1 co le matin et le soir

R/ Maalox® co à croquer
S/ vers 10h, 16h et au
coucher

*co versus
pommade?*

Voies d'administration autres que la voie orale

Voie locale (pommades et crèmes)

Indications douleurs musculaires
 douleurs d'arthrose

Efficacité par rapport aux AINS po ??? Similaire???

Efficacité > placebo à 2 semaines, < AINS po (BMJ 2004;329:324)

Remarques

- Alternative plus sûre chez les personnes âgées, en cas d'arthrose avec une composante inflammatoire
- Risques d'EI systémiques (surtout si doses élevées)
- Choix de la voie d'administration dépend de la surface considérée (1 *versus* plusieurs articulations atteintes)

2.2. Efficacité et toxicité des AINS: analyse d'ordonnance

Un exemple d'ordonnance...(4)

Mme A.B.
Dr X.Y.

R/ Naproxène 500 mg
S/ 1co 3x/j

R/ Bisoprolol co 5 mg
S/ 1 co le matin et le soir

R/ Maalox® co à croquer
S/ vers 10h, 16h et au
coucher

Administration
continue ou à la
demande?

Administration continue ou à la demande?

1. Administration continue

- Approprié quand la douleur est modérée à sévère, au début du traitement antalgique
- La dose doit être titrée en fonction de la réponse

2. Administration à la demande

- Risque de créer de grandes variations dans la réponse à la douleur (suite à des variations dans les Cp)
- Approprié dans deux situations:
 - * douleurs faibles (p ex douleurs menstruelles)
 - * après administration continue, lorsque l'état douloureux s'améliore

Administration continue ou à la demande?

3. Combiné: analgésie contrôlée par le patient (PCA)

Ex: pompes à morphine en postopératoire

= Infusion basale, supplémentée quand nécessaire par une dose bolus commandée par le patient



3. Prise en charge des douleurs chroniques

- Douleurs chroniques les plus fréquemment rencontrées:
 - douleurs rhumatismales
 - douleurs cancéreuses
 - maux de tête
 - douleurs neuropathiques
- But du traitement = revalidation (souvent pas de guérison possible)
- Quel type d'approche?
 - Pharmacologique: analgésiques (non) conventionnels
 - Non pharmacologique: très important



Le pharmacien d'officine, en cas de délivrance d'analgésiques, doit s'assurer que cette approche a été abordée avec le médecin

Arthrose et antidouleurs

- Près de 40% des Belges déclarent souffrir de douleurs articulaires
- Seulement 18% se déclarent très satisfaits de leur traitement
- La moitié des répondants seulement déclarent consulter un médecin pour traiter ces douleurs
- Par contre, 63% prennent un traitement pour les soulager



- « Misuse »
- Education du patient

Arthrose et antidouleurs

- Etude d'observation, prospective, dans 12 officines
- 461 patients avec arthrose, polyarthrite rhumatoïde; entretien avec le pharmacien
→ identification de problèmes médicamenteux
- Problèmes les plus fréquents
 - Traitement insuffisant/inexistant 32.8%
 - Effet secondaire 17.3%
 - Mauvaise compliance 15.9%
 - Dose trop faible 15.1%



- « Misuse »
- Education du patient

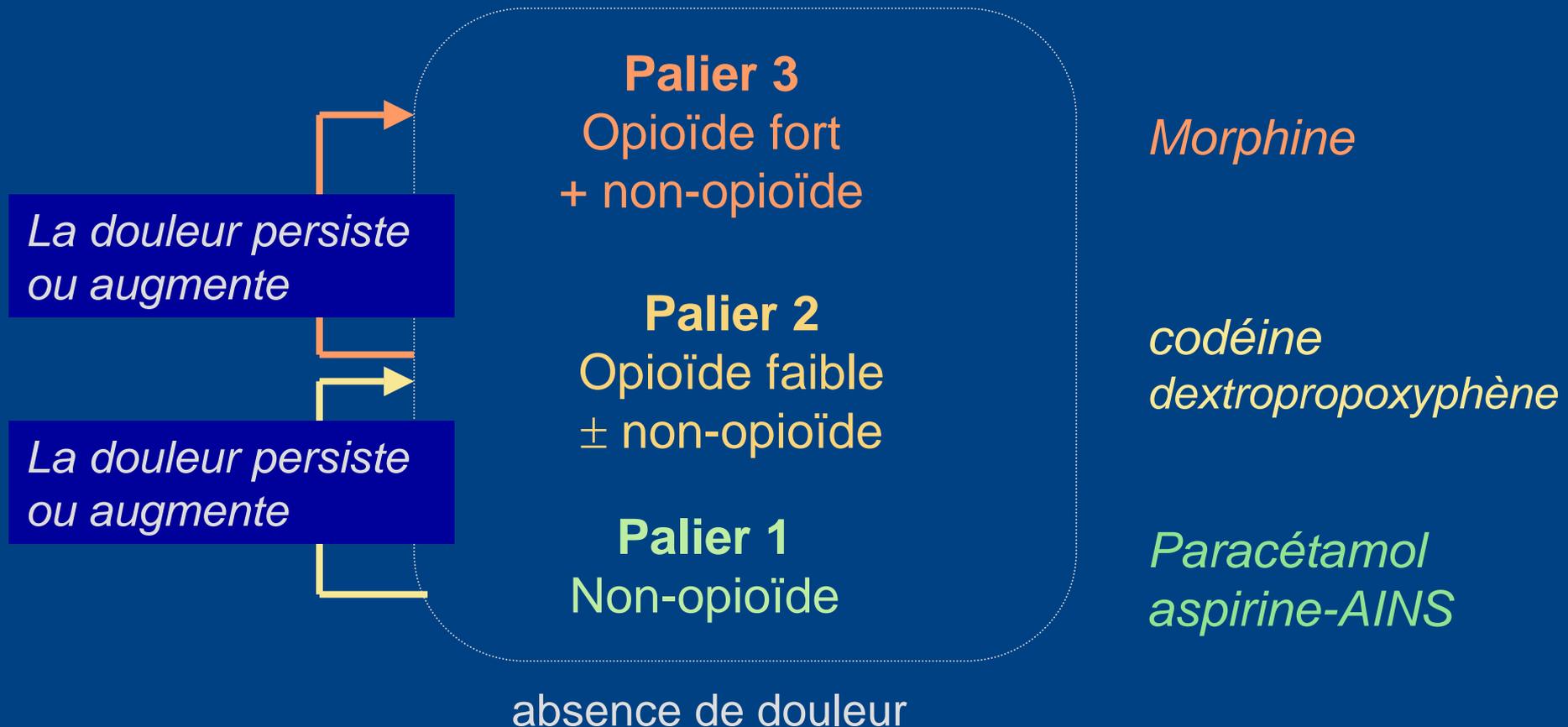
Arthrose et antidouleurs

- Après intervention du pharmacien d'officine (1 an):
 - Amélioration partielle ou totale dans 70.7% des cas
 - amélioration de la qualité de vie

- Objectif de traitement ≠ guérison
 = revalidation
- Connaissance des doses (max) et fréquences d'admin.
- Evaluation de la douleur → adaptation du traitement
- Mesures non pharmacologiques

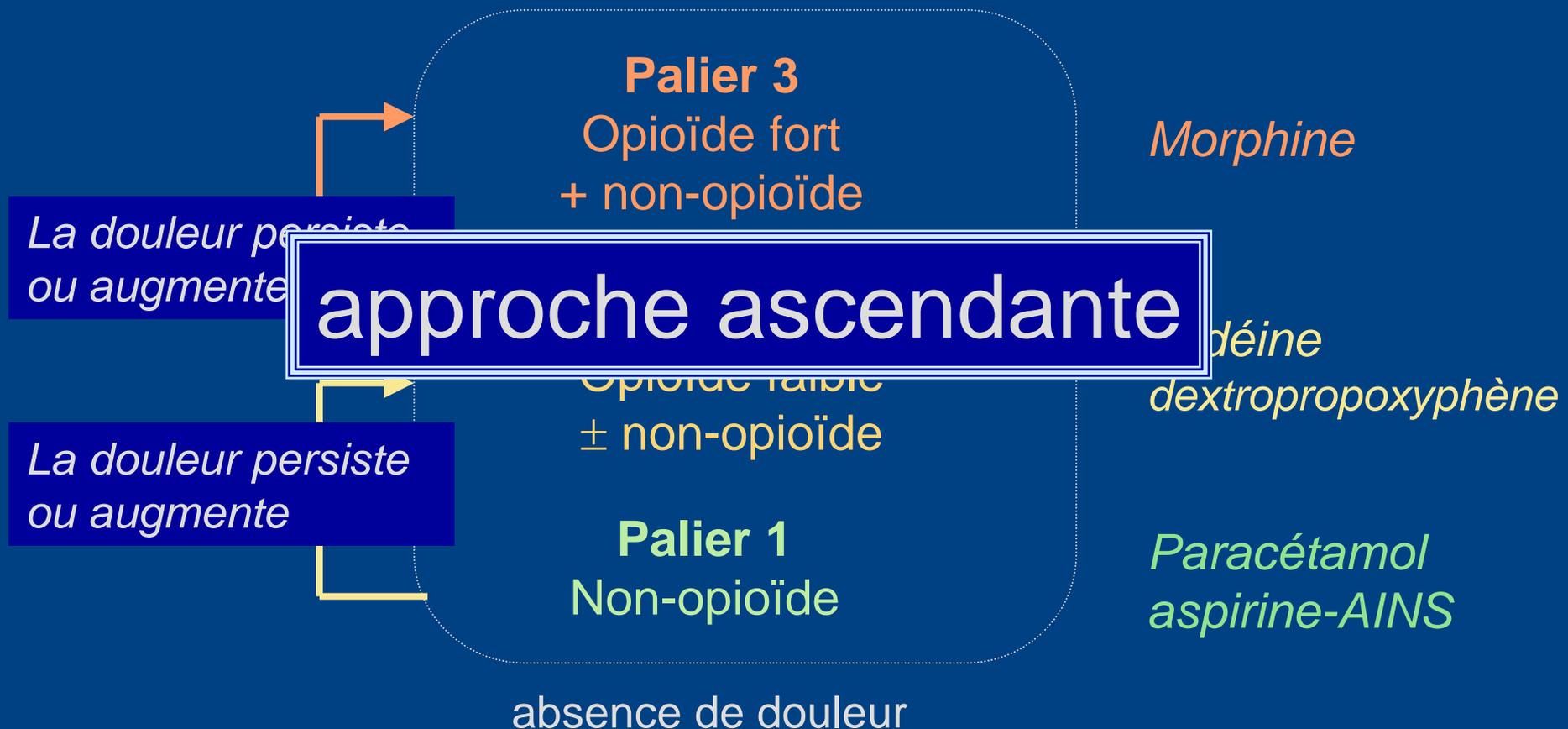
3.1. Douleur chronique: approche pharmacothérapeutique suivant les paliers de l'OMS

Départ au palier 1



3.1. Douleur chronique: approche pharmacothérapeutique suivant les paliers de l'OMS

Départ au palier 1



3.1. Douleurs rhumatismales

Polyarthrite rhumatoïde \neq Arthrose

Approche non pharmacologique

Education, support social, physiothérapie, chirurgie,...

Approche pharmacologique

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">- AINS- DMARDs (sulfasalazine, méthotrexate, ...)- Corticoïdes (po, ia, im, iv) | <ul style="list-style-type: none">- Analgésiques simples- AINS (oral - topique)- Corticoïdes (intra-articulaire)- Glucosamine |
|---|--|

Arthrose



Pas (peu) de composante inflammatoire



Paracétamol = analgésique de 1^{er} choix

**AINS: 2^e choix si paracétamol inefficace /
insuffisant (si possible traitement de courte durée)**

What happens to 1000 people with osteoarthritis of the knee if they try an option for 1 year

Without treatment	Taking paracetamol	Taking NSAIDs
<p>90 people feel better on their own without drugs</p> <p>910 people do not feel better</p> <p>No one has serious side effects from taking a drug for the pain</p>	<p>730 people feel better with paracetamol</p> <p>269 people do not feel better</p> <p>1 person may develop serious liver damage which can cause death if they drink 4-5 glasses of alcohol a day with paracetamol</p>	<p>890 people feel better with NSAIDs</p> <p>94 people do not feel better</p> <p>13 to 16 people may go to hospital or die from bleeding stomach ulcers caused by NSAIDs</p>

-  Platinum: Evidence from a well done review of the results from at least 2 randomised controlled studies
-  Gold: Evidence from 1 or more randomised controlled studies. These studies test what happens to people who are randomly given or not given treatment
-  Silver: Evidence from controlled and observational studies. These studies test what happens to people given or not given treatment. The decision is not random and it is hard to know whether the treatment directly caused what happened to the people in the study
-  Bronze: Evidence is from expert opinions and experience or from stories of what happened to someone taking a treatment

Arthrose

Autres traitements

- AINS COX-2 sélectifs: efficacité // autres AINS mais ! EII (cardiovasculaire, rénal)
- Corticoïdes intra-articulaire:
 - NNT 1.3-3.5 pour amélioration sympt. à 2sem.
 - NNT 4.4 16-24sem
- Glucosamine / chondroïtine
 - Résultats controversés (arthrose du genou)
 - Peu de preuves solides de l'efficacité à long-terme

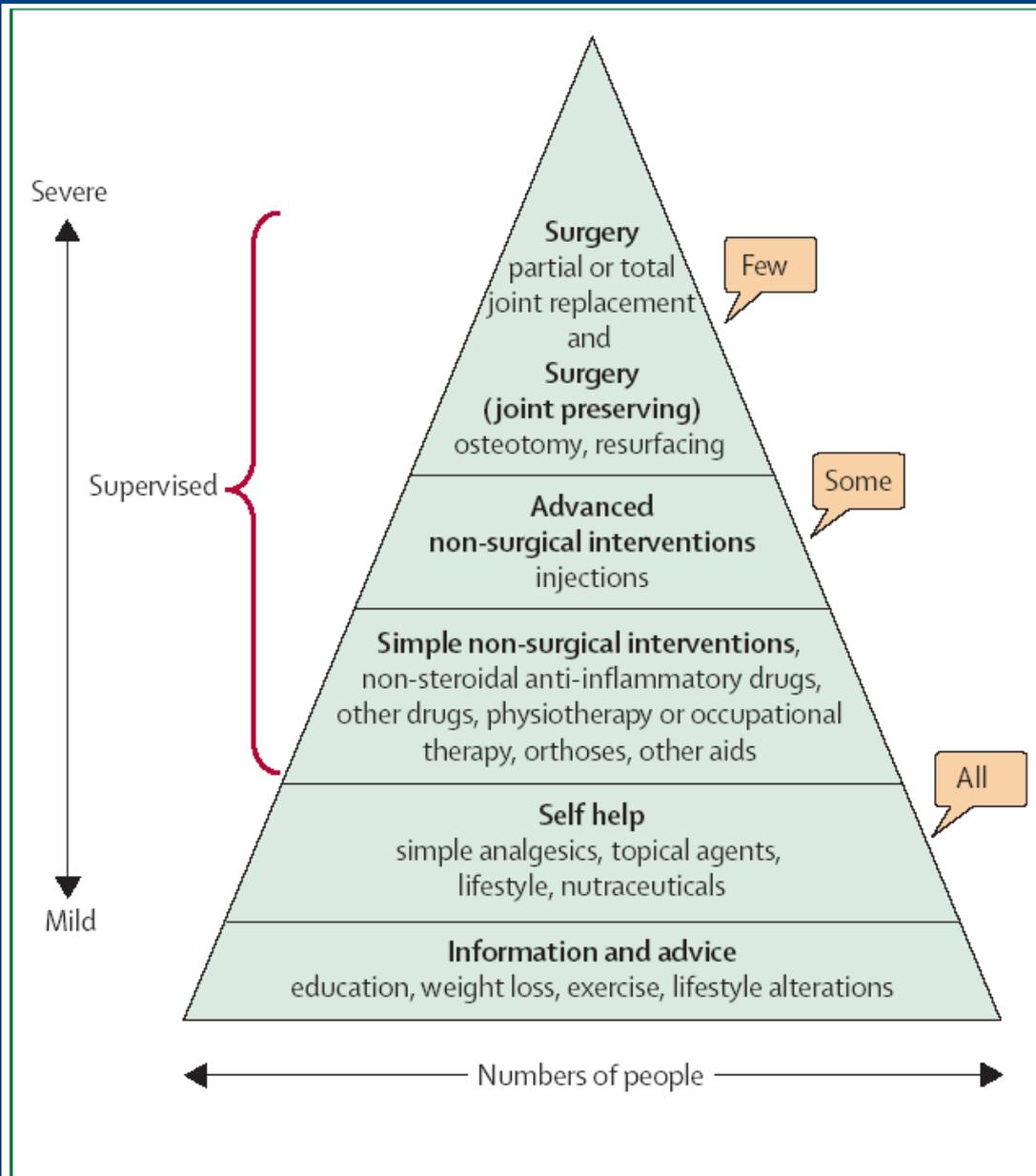


Figure 7: Principles of the management of osteoarthritis
Suggested sequential, pyramidal approach to disease management.

Arthrose et antidouleurs

1. QUIDAM

<u>Qu(o)i:</u>	Femme, 76 ans, ATCD HTA et arthrose mains et genoux
<u>Depuis quand</u>	Plusieurs années
<u>Action</u>	Prise de médicaments; moindre mobilisation car douleur
<u>Médicaments</u>	- Tramadol 10gouttes (25mg) 3x/jour depuis “un certain temps”; jamais d’essai préalable avec du paracétamol selon la patiente Intensité moyenne des douleurs: 5/10 - Laxatif pris de façon régulière pour constipation;

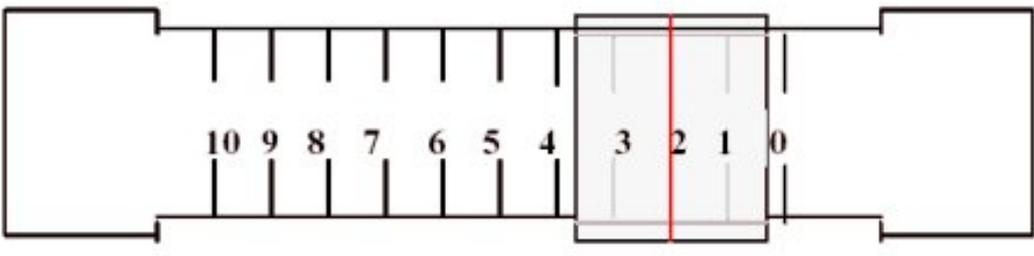
2. Plan de soins pharmaceutiques ???

Arthrose et antidouleurs

2. Plan de soins pharmaceutiques ???

- Objectif
Contrôle des douleurs → meilleure mobilisation
Education du patient → meilleure prise en charge
- Sol. Possibles
Poursuivre tramadol (mais effet secondaire),
ajout laxatif
Essai paracétamol (palier 1) – max 4g/j
- Sol. Retenue
Arrêt tramadol → paracétamol 500mg 3x/j, à
augmenter jusqu'à 3g/j en fonction des douleurs
Formulation non effervescente (cf HTA)
+ non pharmacologiques (perte poids, ...)
- Intervention
Education de la patiente
Suivi avec médecin généraliste si nécessaire
- Suivi
Douleur (échelle)
Mobilisation (évaluation par la patiente)

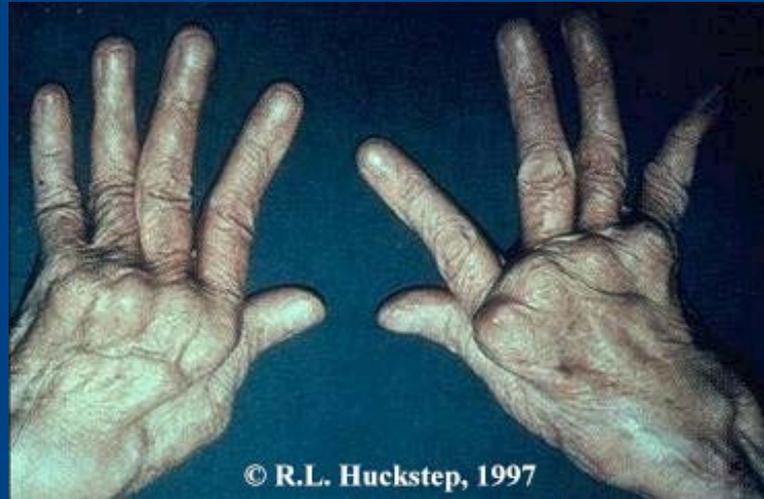
Echelles d'évaluation de la douleur



Selon une enquête récente, seuls 35% des médecins en Wallonie sont familiarisés avec la mesure de la douleur

	Scale	
No pain	0	
	1	
Mild, annoying pain	2	
	3	
Nagging, uncomfortable, troublesome pain	4	
	5	
Distressing, miserable pain	6	
	7	
Intense, dreadful, horrible pain	8	
	9	
Worst possible, unbearable, excruciating pain	10	

Polyarthrite rhumatoïde



Composante inflammatoire et immunologique



AINS = analgésiques de 1^{er} choix

différents AINS peuvent être testés
intérêt d'AINS COX-2 sélectifs

Polyarthrite rhumatoïde

- Douleur insupportable: 74% des patients
- Limitations de la mobilité: 47%

« Pour imaginer la difficulté vécue par une large majorité des personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde, ligotez-vous les 30 articulations des mains avec de gros élastiques et marchez avec des pois chiches dans vos chaussures »

- 71% des patients ont consulté un médecin plus de 6 mois après l'apparition des symptômes
- 40% ont eu confirmation de leur diagnostic après un an et plus

Polyarthrite rhumatoïde

- AINS → contrôle douleur
- Glucocorticoïdes → contrôle douleur
(+ ↓ progression maladie?)
« Bridging therapy » lors de l'instauration d'un DMARD
- DMARDs → ↓ progression maladie
 - À instaurer dans les 3 premiers mois qui suivent le début de la maladie!
 - Méthotrexate, léflunomide, sulfazalazine, ...
 - Un délai de quelques mois avant l'administration d'un traitement efficace ne se rattrape jamais

Polyarthrite et DMARDs

- Encourager le patient à consulter un médecin / rhumatologue le plus rapidement possible !



3.2. Douleurs cancéreuses

Approche thérapeutique globale

- pharmacologique
- non pharmacologique: approche psychologique, neurochirurgie, anesthésie,...

But du traitement

Soulagement suffisant de la douleur afin de:

- permettre manoeuvres diagnostiques et thérapeutiques
- optimiser qualité de vie
- minimiser l'incidence d'effets secondaires

3.2. Douleurs cancéreuses

Administration d'opiacés: rôle important du pharmacien: rassurer les patients / l'entourage

MORPHINE

- Opiacé de 1^{er} choix
- Voie orale préférée (*versus* rectale, im, sc, iv)
- Libération immédiate *versus* libération prolongée
- Dose de départ dépend de la médication préalable
- Pas de dose "maximale" - titrer en fonction de la réponse
- Dépression respiratoire très peu probable si titration appropriée de la dose
- Prophylaxie constipation - traitement nausées et vomissements

3.2. Douleurs cancéreuses

Administration d'opiacés: rôle important du pharmacien: rassurer les patients / l'entourage

AUTRES OPIACES

- Nécessité de connaître les doses équianalgésiques
- Fentanyl (Durogesic[®]) patch: en cas de douleur stable
1 emplâtre / 72h

Ne jamais commencer un traitement par opioïde fort avec un patche (titration préalable avec morphine po)!!!

- Buprénorphine (Temgesic[®] co, Transtec[®] patches)
Patch matriciel → peut être coupé

- Valtran[®] (tilidine + naloxone) ← Pourquoi cette association ?



Allez voir la section "pharmacologie" dans la notice (disponible sur i-campus)

3.3. Douleurs neuropathiques

Origine	Lésion de structures périphériques ou centrales du système nerveux
Etiologie	Métabolique, ischémique, héréditaire, compression, traumatique, toxique, infectieuse, immunitaire
Exemples	<u>Neuropathie périphérique</u> : diabète, malnutrition, HIV, médicaments, lésion d'un nerf périphérique, ... <u>Neuropathie centrale</u> : accident vasculaire cérébral,
Symptômes	Souvent difficilement décrits par les patients Ex: brûlure, fourmillement, engourdissement, chatouillement, pression, ... Douleur constante ou intermittente



WEST™ Nerve Testers Deliver Accuracy, Sensitivity and Fast On-Site Results



WEST Hand & WEST Foot Nerve Testers test and classify peripheral neuropathy with increased grading accuracy, consistency and sensitivity. An advanced version of the classic Weitzel's test, WEST Hand and WEST Foot nerve testers have raised, tapered tips that resist slippage from test sites and present a non-noxious stimulus to the client. Test filaments are individually calibrated for applied force.

7403



3.3. Douleurs neuropathiques

Objectifs du traitement

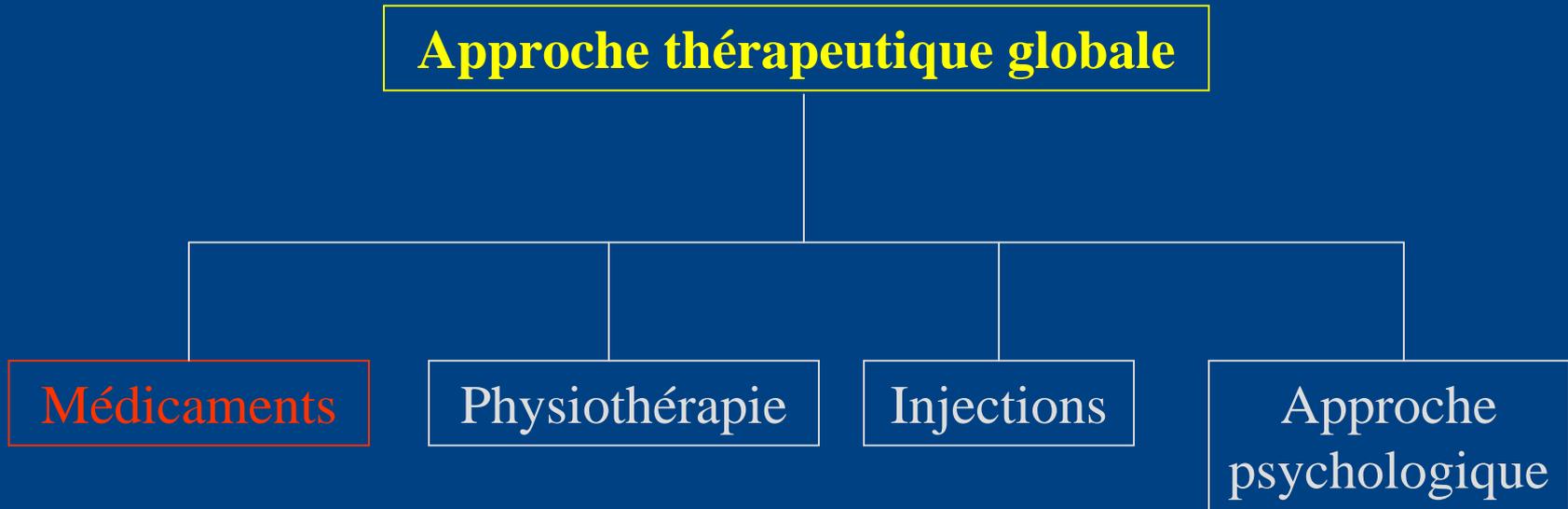
1. Identifier et traiter la cause de la douleur → prévenir la progression de la maladie

Ex: prise en charge du diabète

2. Eviter que les douleurs ne deviennent chroniques !!!

→ analgésie précoce et suffisante
approche globale et interdisciplinaire

3.3. Douleurs neuropathiques



- Séquentiel ou simultané
- Contrôle rapide recherché: ↓ incidence douleurs chroniques réfractaires

3.3. Douleurs neuropathiques

Traitement médicamenteux

Analgésiques conventionnels: Pas/peu efficaces !

↳ Analgésiques “adjuvants” utilisés (indication principale ≠ douleur)

- Souvent des stabilisateurs de membrane
- Monothérapie pour commencer, titrer la dose

Si pas de réponse: stopper, commencer mdct 2e choix
Si réponse partielle: ajouter 2e médicament

Panel: Adjuvant analgesics for neuropathic pain

Modulators of sodium channels

Carbamazepine

Lidocaine

Mexilitine

Phenytoin

Topiramate

Tricyclic antidepressants

Modulators of descending inhibitory pathways

Clonidine

Opioids

Selective serotonin-reuptake inhibitors

Tramadol

Tricyclic antidepressants

Modulators of central sensitivity

Amantadine

Dextromethorphan

Gabapentin

Ketamine

Lamotrigine

Levetiracetum

Levorphanol

Memantine

Methadone

Oxcarbazepine

Valproic acid

Miscellaneous modulators

Capsaicin

Levodopa and carbidopa

Non-steroidal anti-inflammatory drugs

3.3. Douleurs neuropathiques

Traitement médicamenteux

Antidépresseurs

- ATCs: souvent 1^{er} choix
- Dose analgésique < dose antidépressive
- Amitriptyline: 10-25mg, ↑ à 50-100mg, le soir
- Effet antidouleur retardé (10j à 3 semaines)
- Imipramine - venlafaxine: moins sédatif
- (ISRS – quelques études)

Antiépileptiques

- Carbamazépine
- Valproate, lamotrigine, clonazepam
- Gabapentine, prégabaline
- Dose similaire à la dose antiépileptique
- Essentiellement si composante lancinante

3.3. Douleurs neuropathiques

Traitement médicamenteux

Autres

- Analgésiques morphiniques (morphine, fentanyl)
- Tramadol
- Baclofène (Lioresal[®])
- Neuroleptiques: lévomépromazine, promazine
- Antiarythmiques: mexiletine
- Usage topique: p ex capsaïcine

Exercices (interventions en milieu hospitalier)

1. QUIDAM

Qu(o)i: Femme, 76 ans, ATCD HTA et arthrose mains et genoux

Depuis quand Plusieurs années

Action Prise de médicaments; moindre mobilisation

Médicaments tramadol 10gouttes (25mg) 3x/jour depuis "un certain temps"; laxatif pris de façon régulière pour constipation; jamais d'essai préalable avec du paracétamol selon la patiente

2. Plan de soins pharmaceutiques

???

1. QUIDAM

Qu(o)i Homme, 83 ans

Depuis quand Hospitalisé depuis 2 jours pour douleurs lombaires aiguës, post-chute

Action Repos au lit et prescription antidouleurs; imagerie en cours pour déterminer étiologie

Médicaments Buprénorphine 0.1mg 3x/j – ce jour: douleur = 0 sur une échelle de 0 à 10 selon le patient

2. Plan de soins pharmaceutiques

???

1. QUIDAM

Qu(o)i Femme de 67 ans hospitalisée pour douleurs dorsales sévères, aiguës

Depuis quand 1 semaine

Action Traitement analgésique par médecin traitant en ambulatoire – suivi d'une hospitalisation car douleurs insupportables
Détermination étiologie: tassement vertébral sur ostéoporose cortisonée chez patient BPCO

Médicaments AINS et tramadol en ambulatoire – pompe à morphine en hospitalisation – douleurs contrôlées sous 70mg/24h – assistante décide d'instaurer un traitement morphinique par patche: prescription de fentanyl patche 25ug prescrit

2. Plan de soins pharmaceutiques

???

Si le traitement “échoue”...que faire?

Raison possible	Explication	“Solution”
- Compliance	Education inappropriée Effets secondaires	Eduquer le patient Stopper, prévenir
- Dosage	Trop faible	Titrer selon l’intensité de la douleur (revoir dose et fréquence d’administration)
- Traitement inapproprié	Diagnostic incorrect Approche pharmaco- thérapeutique incorrecte	Revoir le diagnostic Revoir les approches (non) pharmacologiques, y compris l’approche par palier et le choix du médicament
- Abus d’analgésiques	Céphalée de rebond	Cf infra

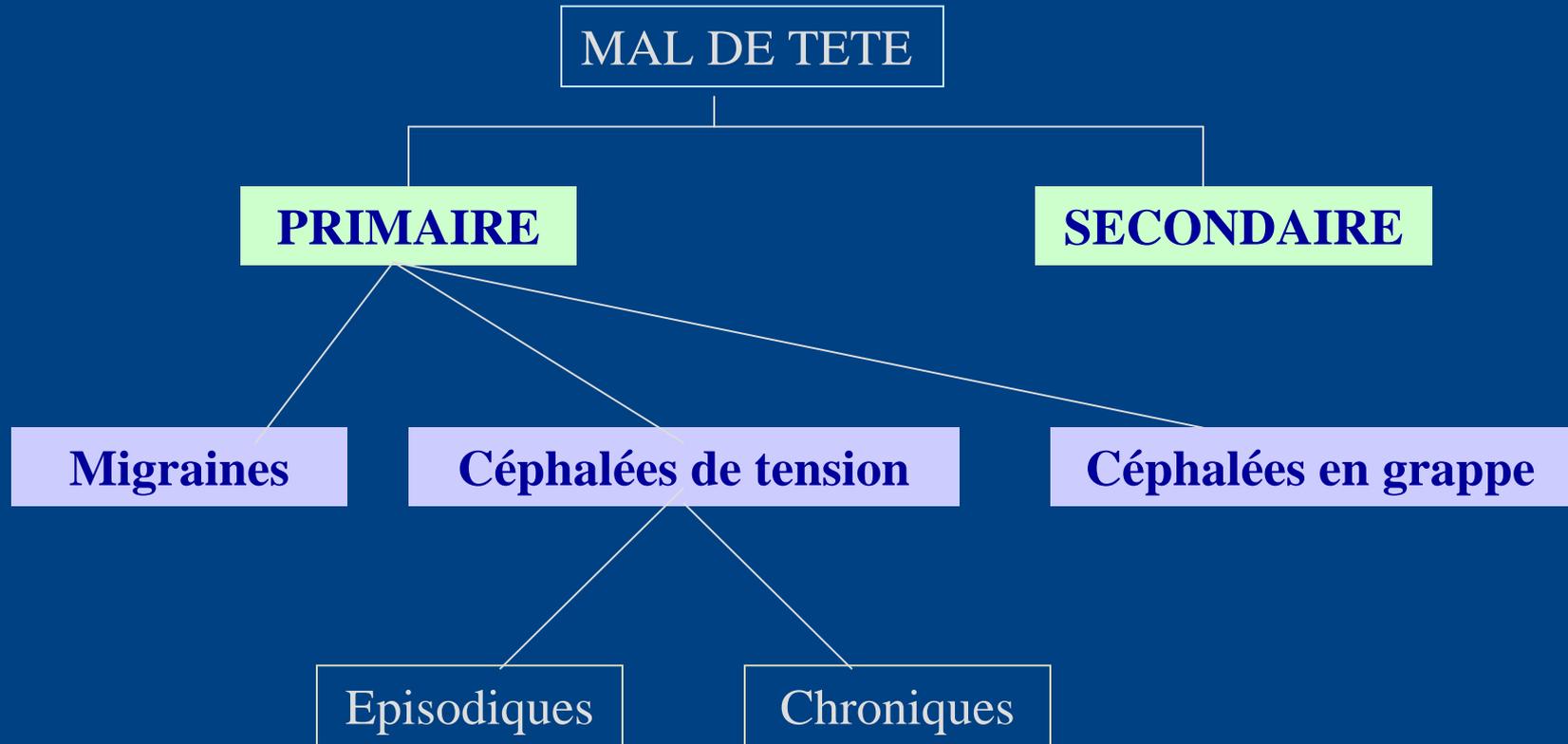
4. Situation particulière: les céphalées

! Attention !

- Il existe beaucoup de “maux de tête” différents
- Certains peuvent être soulagés par des analgésiques simples
MAIS
D'autres requièrent un avis médical
- Certains maux de tête sont induits par les médicaments

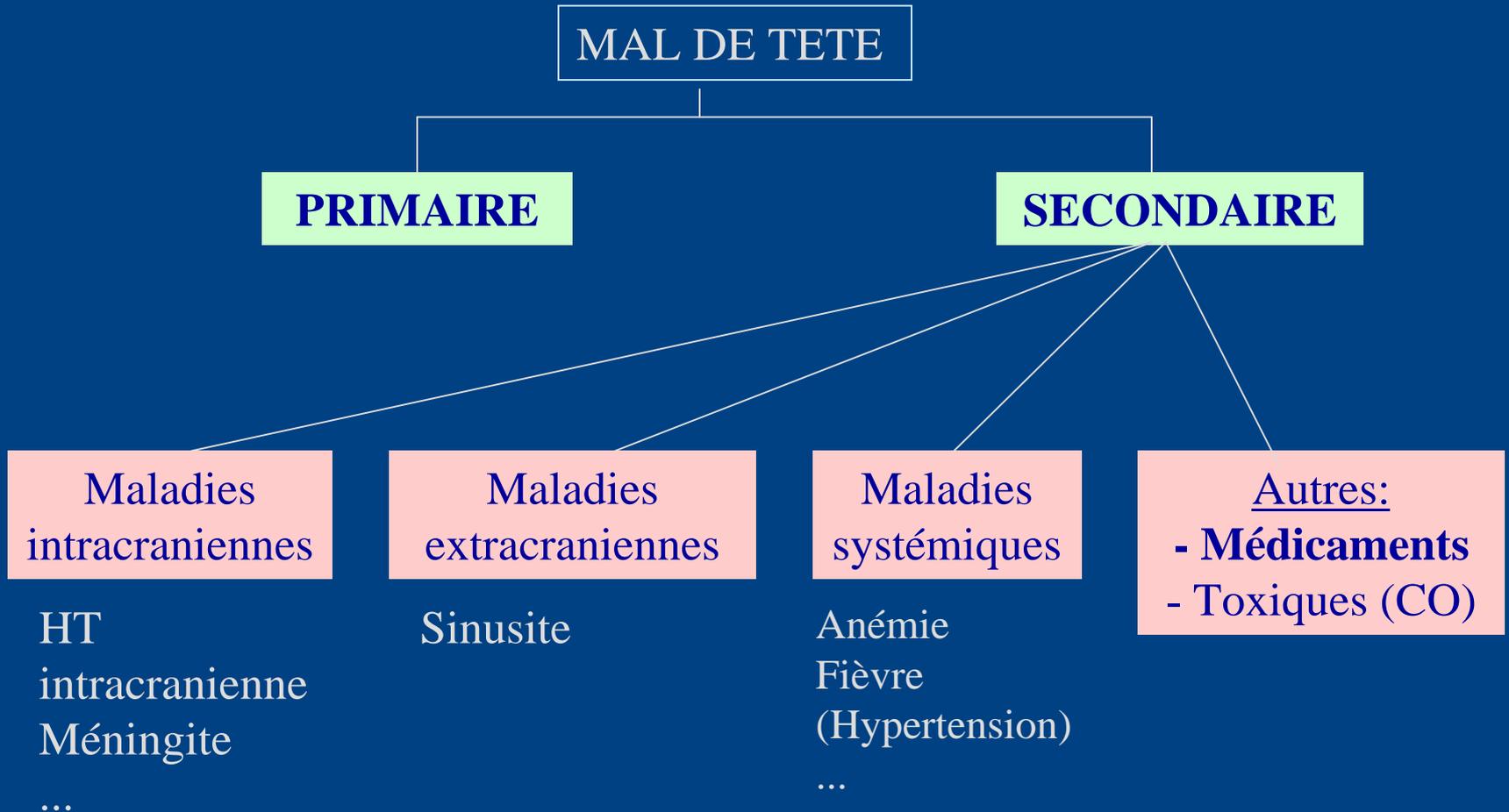
Medication-overuse headache: a worldwide problem

Les maux de tête: classification



Seul cas où le pharmacien d'officine peut envisager la délivrance libre d'AINS

Les maux de tête: classification



Traitement = corriger la cause

Maux de tête induits par des médicaments

- Vasodilatateurs: antagonistes calciques (Nifédipine)
 dérivés nitrés (Nitroglycérine)

→ Conseils à donner:

- Sympathomimétiques

- IMAO
- Hormones: CO, thérapie de substitution,...
- Cimétidine (Tagamet[®])
- Cocaïne
- Fluoxétine (Prozac[®])

Maux de tête induits par des médicaments

Céphalées de rebond (ou céphalées induites) :

- Céphalées apparaissant chez des patients consommant des anticéphalalgiques de manière inappropriée dans le but de traiter leurs céphalées, migraineuses ou non
- Critères diagnostiques:
 - Céphalées > 15j/mois
 - Analgésiques > 10j/mois, plusieurs mois consécutifs
 - Disparition des céphalées (ou retour niveau de départ) 2 mois après arrêt du tx

Maux de tête induits par des médicaments

Céphalées de rebond (ou céphalées induites) :

- Antidouleurs impliqués:

- Paracétamol

surtout en association

- AAS

avec caféine, codéine, BBT

- dextropropoxyphène

- AINS

- dérivés de l'ergot

- triptans

- ...

- Rôle du pharmacien d'officine

1. Pouvoir les détecter

2. Informer le patient

3. Prise en charge:

Maux de tête induits par des médicaments

Prise en charge des céphalées de rebond

- 1° Arrêter la médication en cause = SEVRAGE
Arrêt brutal si possible
- 2° Expliquer au patient qu'il se sentira moins bien pendant 2-4 sem (céphalées, NoVo, hypotension, nervosité)
- 3° Tx de transit dans certains cas: anti-émétique, AINS, corticoïde

50% des patients rechutent endéans les 5 ans

→ Importance du soutien psychologique et du suivi du patient